Tillsammans i Sigtuna kommun

Stöd och samarbete för personer med kognitiv sjukdom/demens och deras anhöriga/närstående

Foto: Lisa Björner/Johnér Bildbyrå AB

Om bilden: Förgätmigej symboliserar ofta minne, trohet och kärlek som aldrig glöms bort.

Dokumentnamn

Tillsammans i Sigtuna kommun

Stöd och samarbete för personer med kognitiv sjukdom/demens och deras anhöriga/närstående

Dokumenttyp

Samverkansöverenskommelse

Fastställd/upprättad

2025-08-15

Giltig till

2028-08-01

Dokumentansvarig/processägare

Styrgrupp tjänstepersoner Vårdkedjan Sigtuna

Beslutsinstans

Styrgrupp tjänstepersoner Vårdkedjan Sigtuna

Dokumentet gäller för

Följande aktörer: Vårdcentralerna i Märsta och Sigtuna, Kognitiv mottagning Capio Löwet, Kognitiv mottagning Karolinska Solna, Primärvårdrehab Märsta, Sigtuna kommun

Version	Datum	Författare	Kommentar
3	2025-08-15	Vårdkedjan Sigtuna kommun	

Innehåll

1 Inledning 5
1.1 Bakgrund och syfte 5
2 Fakta om kognitiv sjukdom/demens 6
2.1 Vad är kognitiv sjukdom/demens? 6
2.2 Vad är skillnaden mellan kognitiv svikt och kognitiv sjukdom/demens? 6
2.3 Sjukdomens olika faser 7
2.4 Begrepp, definitioner och förkortningar 8
2.5 Nationella, regionala och lokala styrdokument 9
3 Vårdkedjan 10
3.1 Vem gör vad? Aktörer som ger stöd 11
3.1.1 Delat ansvar Region Stockholm och Sigtuna Kommun 12
3.1.2 Hälsofrämjande arbetssätt 12
3.1.3 Region Stockholm - Primärvård via vårdcentral 12
3.1.4 Region Stockholm - Primärvårdsrehab 13
3.1.5 Region Stockholm – Kognitiv mottagning 14
3.1.6 Region Stockholm - Konsultteam för patienter med BPSD 14
3.1.7 Sigtuna kommun - Enheten för stöd och förebyggande arbete 15
3.1.8 Sigtuna kommun - Anhörigstöd 15
3.1.9 Sigtuna kommun - Avdelningen för myndighetsutövning 16
3.1.10 Sigtuna kommun - Larm och natt 16
3.1.11 Sigtuna kommun - Dagverksamhet 17
3.1.12 Sigtuna kommun - Hemtjänst 17
3.1.13 Sigtuna kommun - Korttidsplats och växelvård 17
3.1.14 Sigtuna kommun - Särskilt boende för äldre 18
3.1.15 Sigtuna kommun - Läkarinsatser särskilt boende för äldre 19
3.1.16 Sigtuna kommun - Kommunal primärvård 19
3.1.17 Sigtuna kommun - Avdelningen för kvalitet och utveckling 20
3.1.18 Sigtuna kommun - Bostadsanpassningsbidrag 20
4 Vårdkedjans utvecklingsområden 20
4.1 Samordnad individuell plan, (SIP) 20
4.2 Informationsöverföring 21
4.3 Munhälsa 21
4.4 Regional samverkan kring yngre personer med kognitiv sjukdom/demens och deras anhöriga/närstående 22
4.5 Samordnat stöd från kommunen för yngre personer med kognitiv sjukdom 23
4.6 Uppföljning av utvecklingsområden 23
4.7 Samverkan vid kognitiv sjukdom hos yngre personer med eller utan tidigare intellektuell funktionsnedsättning i ordinärt boende 24
4.8 Samverkan kring personer med intellektuell funktionsnedsättning och kognitiv sjukdom i LSS-boende 24
5 Bra länkar 24
Bilaga 1 - Samverkan vid kognitiv sjukdom hos yngre personer med eller utan tidigare intellektuell funktionsnedsättning i ordinärt boende 26
Bilaga 2 - Samverkan kring personer med intellektuell funktionsnedsättning och kognitiv sjukdom i LSS-boende 30

1 Inledning

Kommunerna i Stockholms län och Region Stockholm upprättade år 2012 en överenskommelse i syfte att underlätta samverkan kring personer med kognitiv sjukdom/demens i Stockholms län. I överenskommelsen framgår att samtliga kommuner i länet ska ta fram skriftliga lokala program i samverkan med regionen. Det lokala programmet ska tydliggöra ansvars- och rollfördelning mellan berörda aktörer och beskriva samverkansformer kring personer med kognitiv sjukdom/demens och stöd till anhöriga/närstående.

Denna version är en uppdatering av tidigare lokala program och är den tredje versionen.

Programmet är framtaget i samarbete mellan aktörer i Vårdkedjan i Sigtuna kommun. Vårdkedjan utgör styrgrupp och har formulerat ett uppdragsdirektiv. Samtliga aktörer har utsett representanter till arbetsgruppen. Arbetet har bedrivits med stöd från FOU nu. Utformning och fokusområden har tagits fram vid workshops. Återrapportering till styrgruppen har skett löpande under arbetets gång.

1.1 Bakgrund och syfte

Det lokala samverkansprogrammet ska fungera som en vägledning och tydliggöra vilka aktörer som erbjuder stöd och hälso- och sjukvårdsinsatser, deras respektive ansvar samt hur samverkan ska ske. Det ska bidra till att skapa en gemensam förståelse och tydlighet för alla aktörer i vårdkedjan, samtidigt som programmet ska vara lätt att förstå och användas av den enskilde, anhöriga och närstående. Målet är att säkerställa att rätt stöd ges vid rätt tidpunkt och att insatserna samordnas och är sammanhållna på ett sätt som främjar kontinuitet, trygghet och hög kvalitet i vården och omsorgen.

Samverkansprogrammet finns tillgängligt i tre versioner, anpassade för olika behov:

- Ett omfattande program som beskriver samverkansinsatserna i sin helhet.
- En sammanfattande broschyr som ger en överskådlig och kärnfull presentation av innehållet, särskilt anpassad för den enskilde, anhöriga och närstående.
- En flyer med QR-kod till mer information.

Genom dessa delar är syftet att sprida kännedom om samverkansprogrammet och säkerställa att det kan användas praktiskt i olika delar av vårdkedjan. Programmet ska skapa förutsättningar för en välfungerande samverkan och ett personcentrerat arbetssätt som bidrar till ökad trygghet och livskvalitet för personer med kognitiv sjukdom/demens och deras anhöriga.

2 Fakta om kognitiv sjukdom/demens

2.1 Vad är kognitiv sjukdom/demens?

Kognitiv sjukdom, som tidigare kallades demens, är ett samlingsnamn för symtom som beror på skador eller sjukdomar i hjärnans nervceller. Dessa skador påverkar kognitiva funktioner som minne, språk, tidsuppfattning och förmågan att utföra vardagliga sysslor. Symtomen varierar beroende på vilken typ av sjukdom det handlar om och vilket stadium sjukdomen är i, men gemensamt är att de försämrar den enskildes självständighet och livskvalitet. Även oro, nedstämdhet och beteendeförändringar kan tillhöra sjukdomsbilden.

Den vanligaste kognitiva sjukdomen är Alzheimers sjukdom, som står för 60–70 procent av fallen. Andra exempel är vaskulär demens, Lewykroppsdemens och frontotemporal demens. För att en diagnos ska kunna ställas krävs att symtomen har funnits i minst sex månader och är tillräckligt omfattande för att påverka det dagliga livet. Kognitiv sjukdom är betydligt vanligare i hög ålder, men det är inte en naturlig del av åldrandet. I Sverige uppskattas cirka 150 000 personer leva med en kognitiv sjukdom/demens, och antalet väntas öka i takt med att befolkningen blir äldre. Samtidigt har risken för att drabbas vid hög ålder minskat de senaste decennierna, tack vare förbättrad hälsa och livsstil.
(Svenskt Demenscentrum)

2.2 Vad är skillnaden mellan kognitiv svikt och kognitiv sjukdom/demens?

- **Kognitiv svikt:**
  Detta avser en mätbar nedsättning av kognitiva funktioner, som kan påverka exempelvis minne eller koncentration. Kognitiv svikt kan vara ett tidigt tecken på kognitiv sjukdom, men det behöver inte vara så. Nedsättningen kan ibland vara tillfällig eller bero på andra orsaker, som stress, läkemedel eller andra sjukdomstillstånd.
- **Kognitiv sjukdom/Demens**
  Kognitiv sjukdom är ett samlingsbegrepp för diagnoser som exempelvis Alzheimers sjukdom, vaskulär demens, Lewykroppsdemens och frontotemporal demens. Vid dessa tillstånd sker ytterligare försämring av de kognitiva funktionerna, vilket påverkar den enskildes förmågor. Sjukdomens förlopp är ofta gradvis men leder med tiden till omfattande funktionsnedsättningar och behov av vård och stöd.
- **Skillnaden:**
  Kognitiv svikt är ett bredare begrepp och kan beskrivas som en lindrig påverkan på kognitiva funktioner. Kognitiv sjukdom/demens innebär en mer omfattande och varaktig funktionsnedsättning. Alla med kognitiv svikt utvecklar inte kognitiv sjukdom, och därför är det viktigt med noggranna utredningar för att förstå orsakerna.

Hög ålder är den största riskfaktorn för att utveckla kognitiv sjukdom. Eftersom livslängden ökar kommer allt fler individer och deras anhöriga i kontakt med olika aktörer. En välfungerande samverkan och tydlig informationsöverföring mellan dessa aktörer är avgörande för att ge sammanhållen vård och stöd till den enskilde, deras anhöriga och eller närstående.
(Svenskt Demenscentrum)

2.3 Sjukdomens olika faser

Kognitiv sjukdom/demens kan ha olika förlopp beroende på diagnos, och det är viktigt att anpassa insatser utifrån den enskildes specifika behov. För äldre personer tenderar kognitiv sjukdom/demens att ha ett långsamt och progressivt förlopp, där insatser som anpassat stöd, medicinsk behandling och sociala aktiviteter kan bidra till att bibehålla livskvaliteten under en längre period. För yngre personer som drabbas av kognitiv sjukdom/demens, kan däremot sjukdomsförloppet vara snabbare och kräva ett mer intensivt stöd för att hantera förändringarna i ett snabbare tempo.

Sjukdomsförloppet brukar delas in i olika faser:

- **Mild demens** Symtomen är tydliga men med lite stöd från sin omgivning klarar den enskilde sin vardag.
- **Måttlig demens** Symtomen är så pass grava att den enskilde är i behov av dagligt stöd och det finns ofta även ett behov av vård och omsorg.
- **Svår demens** Hjälpbehoven är omfattande och den enskilde kan inte lämnas utan tillsyn. Någon form av särskilt boende är i regel nödvändigt.

2.4 Begrepp, definitioner och förkortningar

Anhörig	Person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna
BPSD-Symtom	Beteende och psykiska symtom vid demenssjukdom uppstår hos en stor del av dem med kognitiv sjukdom/demenssjukdom när förmågan att förstå och tolka intryck blir sämre. Symtom som kan uppstå är till exempel depression, agitation, sömnstörning eller rastlöshet. Nationella riktlinjer betonar omvårdnadsåtgärder som främsta behandlingsalternativ.
Dagverksamhet	Bistånd i form av sysselsättning, gemenskap, behandling eller rehabilitering utanför den egna bostaden.
Demenssjukdom	Begreppet demenssjukdom har i DSM-5 ersatts av kognitiv sjukdom men används fortfarande i ICD-10-SE. Begreppet demens ersätts allt oftare av kognitiv sjukdom för att bättre spegla de medicinska och kognitiva förändringar som sjukdomen innebär. Begreppen används parallellt. (ICD-10 - Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem)
Förvaltare	Person som är utsedd att företräda en viss person som är ur stånd att vårda sig själv eller sin egendom och där dennes rättshandlingsförmåga är begränsad.
God man	Person som är utsedd att företräda en viss person som på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande förhållande behöver hjälp med att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person utan att dennes rättshandlingsförmåga begränsas.
Kognitiv sjukdom	Kognitiv sjukdom är ett samlingsnamn för symtom orsakade av sjukdomar eller skador i hjärnan, som påverkar funktioner som minne, språk, tidsuppfattning och förmågan att klara vardagliga aktiviteter. Benämningen används i stället för demens i DSM-5.(Femte upplagan i diagnosmanualen)
Kognitiv svikt	Mild kognitiv svikt är en benämning på ett tillstånd med påvisad nedsättning i en eller flera kognitiva funktioner, men där kriterierna för kognitiv sjukdom/demens inte är uppfyllda.
Munhälsobedömning	Den som har tandvårdsstödsintyg har rätt till en årlig munvårdsbedömning. Det innebär en enklare undersökning som utförs av hygienist eller tandläkare. Undersökningen utförs i hemmet eller på SÄBO. Den enskilde och dennes kontaktperson får tips och råd kring munvård.
Närstående	Person som den enskilde anser sig ha en nära relation till
Palliativ vård	Hälso- och sjukvård i syfte att lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv, obotlig sjukdom eller skada och som innebär beaktande av fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående.
Palliativt förhållningssätt	Förhållningssätt som kännetecknas av helhetssyn på människan genom att stödja individen att leva med värdighet och med största möjliga välbefinnande till livets slut.
Personcentrerad vård	Personcentrerad vård kan beskrivas som en vård som strävar efter att synliggöra hela personen och prioriterar tillgodoseende av andliga, existentiella, sociala och psykiska behov i lika hög utsträckning som fysiska behov.
Primärvård	Primärvård är en vårdnivå där både region och kommun kan vara sjukvårdshuvudman. Utgör första linjens hälso- och sjukvård
Samordnad individuell plan, SIP	Den som i sin yrkesutövning inom socialtjänst och hälso- och sjukvård upptäcker behov av samordning av insatser ska initiera till SIP med den enskildes samtycke. Kommunen och regionen har ansvar för att det görs en samordnad individuell plan när den enskilde har behov insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Alla aktörer kan kalla till SIP.
Tandvårdsstödsintyg	Om den enskilde har ett omfattande omvårdnadsbehov kan denne vara berättigad till tandvårdsstödsintyg för att få nödvändig tandvård. Intyget kan utfärdas av biståndshandläggare, distriktssköterska för personer i ordinärt boende samt av sjuksköterska inom SÄBO.
Yngre	Personer som insjuknar i demenssjukdom före 65 års ålder definieras som yngre. Detta kallas ofta för demens med tidig debut (early onset dementia, EOD)
Äldre	Personer som insjuknar i demenssjukdom vid 65 års ålder eller senare. Detta kallas ofta för demens med sen debut (late onset dementia, LOD)

Tabell 1

2.5 Nationella, regionala och lokala styrdokument

För att säkerställa en hög kvalitet inom vård och omsorg för personer med kognitiv sjukdom/demens och deras anhöriga finns vägledande dokument och styrdokument på olika nivåer. Nationella styrdokument utgör grunden för hur vården och omsorgen ska organiseras och bedrivas. På regional nivå har Region Stockholm vårdprogram och riktlinjer som styr vårdgivarnas arbete, medan särskilda samverkansdokument reglerar samarbetet mellan regionens verksamheter och kommunerna i länet.

På lokal nivå finns detta lokala program som beskriver samarbetet mellan Region Stockholm och Sigtuna kommun.

Sigtuna kommun har även egna styrdokument som omfattar vård och omsorg för personer med kognitiv sjukdom/demens och stöd till deras anhöriga.

För att Region Stockholm och Sigtuna kommun tillsammans ska kunna erbjuda vård och omsorg av hög kvalitet till personer med kognitiv sjukdom/demens krävs en tydlig rollfördelning mellan huvudmännen samt god kännedom om de styrande dokument som gäller på olika nivåer. Dessa dokument listas nedan och finns länkade under rubriken ”Bra länkar”.

Nationellt

- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) (HSL)
- Socialtjänstlagen (2025:400) (SoL)
- Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) (LSS)
- Patientlagen (2014:821)
- Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom
- Varje dag räknas: Nationell demensstrategi 2025-2028
- Underlag för en utvecklad nationell demensstrategi
- Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom
- Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp. Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom
- Nationell anhörigstrategi – inom hälso- och sjukvård och omsorg
- Integrera anhörigperspektivet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten – Att förstå och möte anhörigas situation och behov
- Stöd till den som vårdar och hjälper en närstående
- Indikatorer – Vård och omsorg vid demenssjukdom
- Dagverksamhet för personer med demenssjukdom – en vägledning
- Vägledning för en god munhälsa hos personer med demenssjukdom
- God och nära vård – En om ställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav

Regionalt

- Regionalt vårdprogram kognitiv sjukdom
- Överenskommelse mellan landstinget och kommunerna i Stockholms län om vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt och stöd till deras närstående
- Länsövergripande regional handlingsplan för god och nära vård och omsorg
- Bättre munhälsa hos personer med demenssjukdom som bor i ordinärt boende – Material från FOU nu
- SIP material

Lokalt

- Tillsammans i Sigtuna kommun, Stöd och samarbete för personer med kognitiv sjukdom/demens och deras anhöriga/närstående

2.6 Vårdkedjan

Vårdkedjan Sigtuna fungerar som en styrgrupp inom det geografiska området och utgörs av representanter med mandat för varje vårdgivare inom upptagningsområdet.

Representationen utgörs av funktioner ansvariga för hemtjänst, geriatrik och kognitiv mottagning, vårdcentraler, regional primärvårdsrehabilitering. Sigtuna kommun representeras av avdelningen för myndighetsutövning, avdelningen för LSS och Socialpsykiatri, äldreomsorg och hälso- och sjukvård, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR) och funktioner som har rollen kommunalt samordningsansvariga (KSA).

Styrgrupp vårdkedjan kan vid behov tillsätta arbetsgrupper och utse lämplig representation i dessa arbetsgrupper.

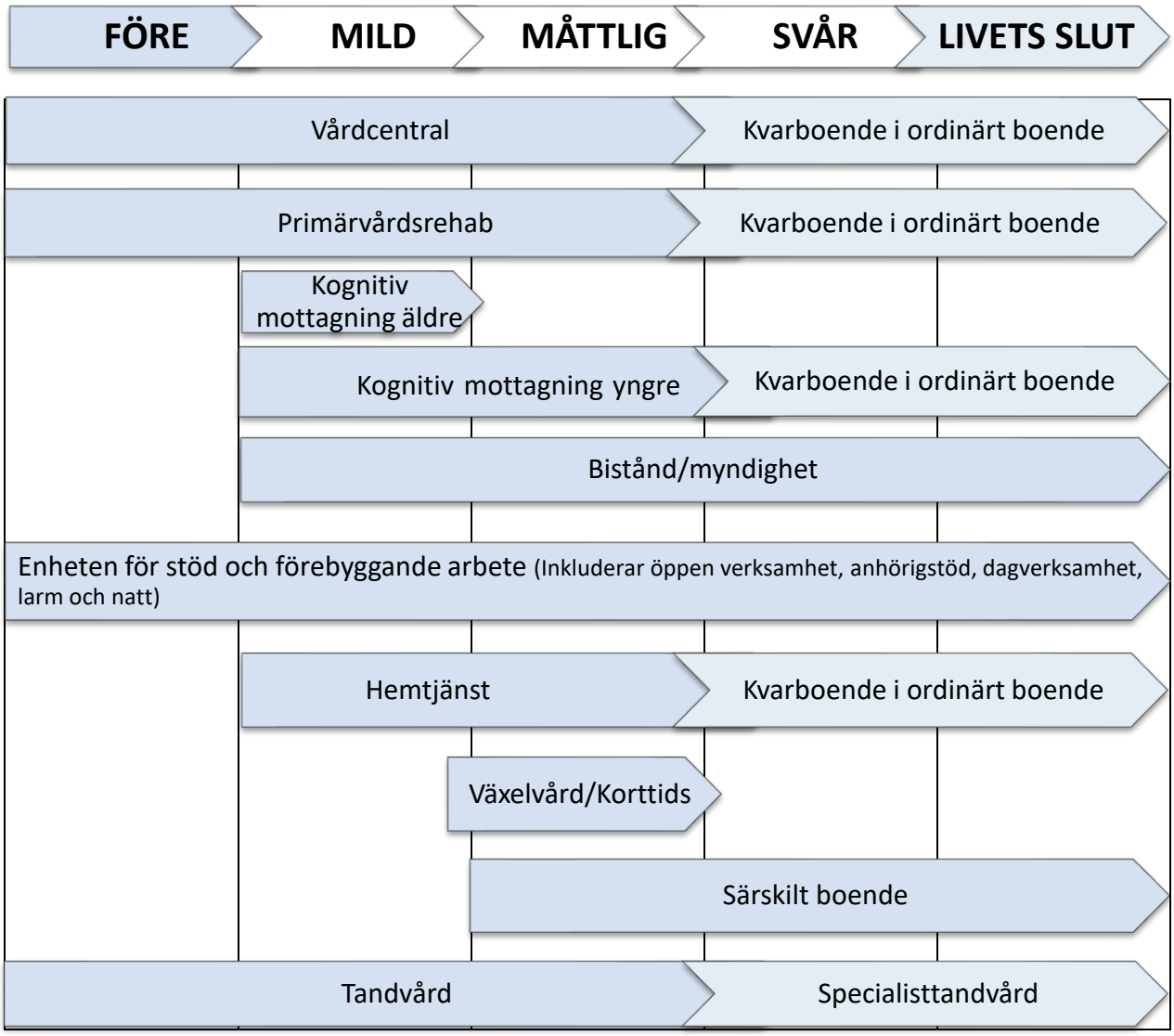
Styrgrupp vårdkedjan är uppdragsgivare och beslutsfattare för det lokala programmet för samverkan kring personer med kognitiv sjukdom/demens och deras anhöriga/närstående som benämns *Tillsammans i Sigtuna kommun.*

2.7 Vem gör vad? Aktörer som ger stöd

Samverkan ska omfatta hela sjukdomsförloppet – från förebyggande insatser till livets slut.

Eftersom sjukdomsförloppet kan pågå under många år är det viktigt att alla involverade aktörer har kunskap om varandras roller och ansvar. Det innebär att känna till vilka aktörer som finns, vilket stöd och vilken vård eller omsorg de erbjuder, samt när och hur insatserna ges under de olika faserna av sjukdomsförloppet.

Genom ökad insikt och samarbete kan trygghet och kontinuitet för den enskilde och dennes anhöriga skapas. Målsättningen är att skapa förutsättningar för ett effektivt och anpassat stöd som möter individuella behov och främjar livskvalitet.



Figur 1

Figuren illustrerar de vanligaste aktörerna som ger vård och omsorg till personer med kognitiv sjukdom/demens samt stöd till deras anhöriga. Den visar när aktörerna kan ge stöd under sjukdomsförloppet.

2.8 Delat ansvar Region Stockholm och Sigtuna Kommun

Alla aktörer inom vård och omsorg för personer med kognitiv sjukdom/demens ska arbeta utifrån principerna för personcentrerad vård. Det innebär att vården och omsorgen anpassas efter den enskildes unika behov, önskemål och livssituation. Målet är att säkerställa ett respektfullt och värdigt bemötande, där varje person får stöd som utgår från deras egna villkor. Sigtuna kommun har tillsammans med Region Stockholm ett gemensamt ansvar för att insatserna är samordnade, personcentrerade och utformade för att ge bästa möjliga stöd till den enskilde.

Inom vårdkedjans upptagningsområde ansvarar Region Stockholm för att tillhandahålla hälso- och sjukvård genom vårdcentraler, inklusive hemsjukvård för personer som bor i ordinärt boende, samt regional primärvårdsrehabilitering. Regionen har även ansvar för specialistvård, såsom kognitiva mottagningar.

Sigtuna kommun ansvarar för att erbjuda stöd, vård och omsorg till äldre samt personer med funktionsnedsättning och stöd till deras anhöriga enligt SoL eller LSS. Kommunen som huvudman ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård för de personer som bor i särskilda boendeformer samt personer som deltar i dagverksamheter och dagliga verksamheter. Kommunens ansvar omfattar hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå upp till och med nivån för den legitimerade sjuksköterskans, legitimerade arbetsterapeutens och legitimerade fysioterapeutens/sjukgymnastens yrkesansvar.

Nedan följer en översikt över aktörer i vårdkedjan som erbjuder stöd, vård och omsorg till personer med kognitiv sjukdom/demens samt deras anhöriga. Aktörerna presenteras i den ordning de blir aktuella under sjukdomsförloppet.

2.8.1 Hälsofrämjande arbetssätt

Samtliga aktörer i vårdkedjan har en central roll i det hälsofrämjande arbetet. Ett evidensbaserat tillvägagångssätt är FINGER-modellen, som syftar till att förbättra hjärnhälsan och minska risken för kognitiv svikt. Modellen är användbar både inom kommunal och regional verksamhet och bygger på fem huvudsakliga komponenter: hälsosam kost, fysisk aktivitet, sociala aktiviteter, kognitiv träning samt regelbunden uppföljning av faktorer såsom blodtryck, kolesterol, vikt och blodsocker.

2.8.2 Region Stockholm - Primärvård via vårdcentral

Vårdcentralerna drivs av Region Stockholm eller av företag som arbetar på uppdrag av Region Stockholm.

Vårdcentralerna utgör en central del av invånarnas kontakt med hälso- och sjukvården genom hela livet. Vårdcentralerna ansvarar för medicinska insatser för personer som bor i ordinärt boende genom mottagningsverksamhet och hemsjukvård samt för läkarinsatser för personer som bor i bostad med särskild service enligt SoL eller LSS.

En viktig del av primärvårdens uppdrag är att förebygga ohälsa genom att främja goda levnadsvanor samt behandla riskfaktorer som högt blodtryck och förhöjda blodsockervärden.

Vid misstanke om kognitiv sjukdom/ demens ansvarar vårdcentralen för att genomföra en basal minnesutredning och vid fastställd diagnos behandla i enlighet med framtagna riktlinjer. Vid behov av fördjupad utredning remitterar vårdcentralen till kognitiv mottagning. Efter fastställd diagnos ansvarar vårdcentralen för behandling och uppföljning av äldre med kognitiv sjukdom/demens. Yngre med kognitiv sjukdom/demens i ordinärt boende får behandling och vård på kognitiva mottagningen för yngre, om de inte väljer vårdcentralen istället.

Vårdcentralen har även ansvar för att identifiera behov av och delta i samordnade individuella planer (SIP) för patienter med sammansatta vård- och omsorgsbehov, se 4.1. Vårdcentralen är också behjälplig med att skriva intyg som kan behövas för att personer med kognitiva svårigheter ska få rätt stöd från andra instanser.

Vårdcentralen ansvarar för första linjens psykiatri och erbjuder stöd vid psykiska besvär som oro, nedstämdhet, sömnbesvär och ångest – besvär som kan förekomma parallellt med kognitiv sjukdom.

Målet är att den enskilde och anhöriga/närstående ska få ett sammanhållet stöd genom hela sjukdomsförloppet – från de första symptomen till eventuell flytt till särskilt boende.

Var i vårdkedjan?
För personer som flyttar till SÄBO: Före diagnos fram till flytt till SÄBO.
För personer i ordinärt boende: Före diagnos till livets slut

2.8.3 Region Stockholm - Primärvårdsrehab

På primärvårdsrehab arbetar arbetsterapeuter, fysioterapeuter/sjukgymnaster och dietist. Dessa yrkesgrupper erbjuder insatser till personer som bor i ordinärt boende. Dietist utför exempelvis kostbedömningar och fysioterapeut utför förflyttnings- och funktionsbedömningar. Arbetsterapeut genomför behovsbedömningar, exempelvis vid förskrivning av kognitiva hjälpmedel och inför utfärdande av intyg för bostadsanpassningsbidrag.

Vid misstanke om kognitiv svikt kan arbetsterapeut efter remiss från vårdcentralen medverka i den basala minnesutredningen. Bedömningen i samband med utredningen innefattar observationer i aktivitet, samtal och intervjuer med anhöriga eller närstående samt användande av standardiserade bedömningsinstrument som MMSE-SR, MoCA alternativt RUDAS när språksvårigheter eller intellektuell funktionsnedsättning föreligger.
Vid kognitiva nedsättningar erbjuds rådgivning, behovsbedömning och eventuell förskrivning av kognitiva hjälpmedel, till exempel hjälpmedel som underlättar tidsuppfattning och orientering i vardagen. Har den enskilde behov av att ansöka om bostadsanpassningsbidrag krävs ett intyg från sakkunnig som styrker

behovet. Exempel på sakkunniga är läkare, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast.

Var i vårdkedjan?
För personer som flyttar till SÄBO: Före diagnos fram till flytt till SÄBO.
För personer i ordinärt boende: Före diagnos till livets slut

2.8.4 Region Stockholm – Kognitiv mottagning

Kognitiva mottagningar inom Region Stockholm är specialiserade enheter som ansvarar för fördjupad kognitiv utredning efter att en basal utredning har genomförts i primärvården. Mottagningarna tar främst emot personer som är 65 år och äldre, men även yngre personer med misstänkt kognitiv sjukdom kan remitteras vid behov. Karolinska Universitetssjukhuset har ett regionövergripande uppdrag att utreda personer under 65 år, inklusive svårutredda fall, efter remiss från vårdcentralen. Även yrkesverksamma personer upp till 70 års ålder kan tas emot där. Personer med Downs syndrom utreds, behandlas och följs upp av kognitiva mottagningen i Huddinge.

Vid de kognitiva mottagningarna genomförs en fullständig utredning som innefattar kognitiva tester, intervjuer och vid behov bilddiagnostik. Utredningen sker i ett tvärprofessionellt team bestående av läkare, psykolog, arbetsterapeut, sjuksköterska, logoped, kurator och undersköterska. Efter avslutad utredning skickas remissvar till ansvarig läkare i primärvården. Efter samtycke från den enskilde överförs ett diagnosintyg till avdelningen för myndighetsutövning i Sigtuna kommun. Vid behov utfärdas intyg för att ansöka om färdtjänst.

Karolinska mottagningen har ett konsultativt uppdrag gentemot primärvården och erbjuder stöd och handledning. Ansvar för medicinsk uppföljning efter avslutad utredning ligger i regel hos primärvården. Vid vissa diagnoser, såsom Lewy body-demens och frontallobsdemens, kvarstår dock uppföljningsansvaret hos den kognitiva mottagningen fram till eventuell inflyttning till särskilt boende.

De kognitiva mottagningarna är en integrerad del av vårdkedjan från tidig utredningsfas genom fortsatt uppföljning vid behov och fram till ett eventuellt behov av kommunala insatser. Anhöriga och närstående erbjuds också stöd genom regionens insatser exempelvis i form av navigeringskurser.

Var i vårdkedjan?
Kognitiv mottagning äldre: Under mild fas
Kognitiv mottagning yngre: Mild fas till livets slut eller fram till flytt till särskilt boende.

2.8.5 Region Stockholm - Konsultteam för patienter med BPSD

BPSD-konsultteam inom Region Stockholm består av läkare och sjuksköterskor och har som uppdrag att stärka vården för personer med beteendemässiga och

psykiska symtom vid demens (BPSD). Teamet erbjuder konsultation, rådgivning och handledning till vårdpersonal och arbetar utifrån Socialstyrelsens nationella riktlinjer med fokus på icke-farmakologiska insatser.

För att anlita teamet krävs en remiss från läkare inom primärvården, särskilt boende eller geriatrisk klinik. Den remitterande läkaren behåller vårdansvaret. Patienter måste ha en demensdiagnos med BPSD och vara folkbokförda inom Region Stockholm.

Var i vårdkedjan?
Vid behov från måttlig till svår fas.

2.8.6 Sigtuna kommun - Enheten för stöd och förebyggande arbete

Enheten för stöd och förebyggande arbete inom vård- och omsorgsförvaltningen har i uppdrag att arbeta hälsofrämjande och förebyggande för att stärka hälsa, livskvalitet och delaktighet hos äldre, personer med funktionsnedsättning och individer inom socialpsykiatrin. Arbetet syftar till att främja självständighet, minska social isolering och skapa förutsättningar för ett aktivt och meningsfullt liv.

Genom olika vägledande och pedagogiska stödformer, såsom hälsofrämjande livsstilsprogram, digitalt stöd och sociala aktiviteter, verkar enheten för att förebygga ohälsa och möjliggöra ett självständigt liv så långt det är möjligt.

Enhetens uppdrag omfattar också att skapa förutsättningar för tidiga insatser i vårdkedjan, från före diagnos till måttlig fas av sjukdomsförlopp, särskilt när det gäller personer med kognitiv sjukdom/demens. Arbetet sker i nära samverkan med andra delar av vård- och omsorgsförvaltningen samt civilsamhället och utgår från evidensbaserad kunskap och nationella riktlinjer.

Var i vårdkedjan?
Före diagnos fram till livets slut.

2.8.7 Sigtuna kommun - Anhörigstöd

Anhörigkonsulenterna ingår i enheten för stöd och förebyggande arbete och har en central funktion i kommunens arbete med att stödja anhöriga som vårdar eller stödjer den enskilde. Rollen utgår från den nationella anhörigstrategin, som betonar vikten av att synliggöra, stärka och underlätta för anhöriga i deras omsorgsgivande roll. Anhörigkonsulenten arbetar för att erbjuda individuellt anpassat stöd genom samtal, rådgivning och vägledning. En viktig uppgift är att informera om kommunens olika stödinsatser samt att hjälpa anhöriga att navigera i välfärdssystemet och förstå deras rättigheter.

Var i vårdkedjan?
Under hela sjukdomsförloppet.

2.8.8 Sigtuna kommun - Avdelningen för myndighetsutövning

Biståndshandläggare inom kommunen ansvarar för att utreda och bedöma enskildas behov av insatser och stöd. Även anhöriga kan ansöka om stöd i form av avlösning. För att ta emot stöd krävs en egen ansökan från den enskilde och beslut fattas sedan av biståndshandläggare. Alla insatser är frivilliga. Bedömningarna grundar sig på SoL eller LSS, där individens behov är avgörande för utformningen av insatser. Beslut enligt den nya socialtjänstlagen ska syfta till att den enskilde ska tillförsäkras goda levnadsvillkor och även insatserna enligt LSS ska ge goda levnadsvillkor.

Exempel på insatser som kan beviljas:

- Avlösning i hemmet, ledsagning, promenader, social samvaro och stöd vid kontakt med andra aktörer.
- Serviceinsatser såsom hjälp med städning, tvätt, inköp, ärenden och matlådor.
- Personlig vård som stöd vid påklädning, hygien, dusch och måltider.
- Larmtjänster, inklusive trygghetslarm och digital nattillsyn.

Biståndshandläggaren ser även till att informera om andra tillgängliga stödåtgärder och samverkar med andra aktörer kring den enskilde om samtycke till detta lämnas. Det kan till exempel vara vårdcentral eller annan sjukvårdsinrättning.

Vid handläggning används modellen IBIC (Individens behov i centrum) för att säkerställa ett strukturerat och behovsinriktat arbetssätt. Beslut följs upp årligen eller vid förändrat behov. Biståndshandläggaren ger information om de stödinsatser som finns att ansöka om.

Överförmyndarnämnden utreder ansökningar om god man eller förvaltare, i de fall överförmyndarnämnden begär en social utredning bistår biståndshandläggare med detta.

Var i vårdkedjan?
Mild fas till livets slut.

2.8.9 Sigtuna kommun - Larm och natt

Larm och natt ingår i enheten för stöd och förebyggande och erbjuder trygghetslarm för att öka säkerheten i hemmet, särskilt för personer som riskerar att ramla eller känner oro för detta. Trygghetslarmet ger möjlighet att, med ett knapptryck, dygnet runt komma i kontakt med kommunens larminsatsgrupp bestående av undersköterskor. För att ansöka om trygghetslarm behöver den enskilde kontakta kommunens biståndshandläggare. Larm- och nattpersonal utför även hemtjänstinsatser på natten för personer som har beviljats sådant stöd.

Var i vårdkedjan?

Före diagnos, fram till att den enskilde flyttar in på särskilt boende.

2.8.10 Sigtuna kommun - Dagverksamhet

Dagverksamheten ingår i enheten för stöd och förebyggande arbete. Idag finns två dagverksamheter i Sigtuna kommun.

Dagverksamhetens uppdrag är att erbjuda social samvaro och aktiviteter för den enskilde samtidigt som den fungerar som ett stöd för anhöriga och närstående. Detta är en biståndsbedömd insats och den enskilde deltar en eller flera dagar per vecka. Verksamheten samverkar med hemtjänsten och anhöriga för att skapa en trygg och stimulerande miljö. Genom aktivering och social stimulans är målsättningen att stödja personer med kognitiv sjukdom/demens att bibehålla sina funktioner, bryta isolering och skapa struktur i vardagen.

Var i vårdkedjan?
Mild eller måttlig fas, så länge den enskilde bor i ordinärt boende.

2.8.11 Sigtuna kommun - Hemtjänst

Hemtjänst är en behovsprövad insats och syftar till att ge personer med fysiska, psykiska eller sociala funktionsnedsättningar stöd för att kunna bo kvar i sitt hem med bibehållen trygghet och livskvalitet. Hemtjänsten utförs av privata utförare. Uppdraget omfattar personlig omvårdnad, praktisk hjälp i hemmet, socialt stöd och andra insatser enligt beslut, såsom hjälp med måltider, hygien, städning, tvätt, inköp, egenvård samt tillsyn.

Utföraren ska arbeta utifrån ett rehabiliterande och individanpassat förhållningssätt, med fokus på att stärka den enskildes självbestämmande, delaktighet och förmåga att klara vardagen. Insatserna ska präglas av kontinuitet, respekt och hög kvalitet, och utformas i dialog med den enskilde. Arbetet ska ske i nära samverkan med legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal, kommunen och eventuellt anhöriga/närstående, för att främja en samordnad och trygg vård och omsorg.

Var i vårdkedjan?

Mild eller måttlig fas, fram till den enskilde flyttar till särskilt boende, eller till livets slut för den som bor i ordinärt boende.

2.8.12 Sigtuna kommun - Korttidsplats och växelvård

Insatsen korttidsplats syftar till att vara en tillfällig stödinsats för den enskilde som bor i ordinärt boende. Den kan beviljas vid akuta eller oförutsedda

situationer. Korttidsplats kan bli aktuell när den enskilde har omfattande omvårdnadsbehov dygnet runt, och dessa behov inte kan tillgodoses med insatser i det egna hemmet såsom med hemtjänst, boendestöd, trygghetslarm, avlösning i hemmet eller dagverksamhet.

Insatsen växelvård syftar till att vara en stödinsats för den enskilde som bor i ordinärt boende och dennes anhöriga. Den beviljas som en planerad avlastning, vanligtvis med regelbunden frekvens. Växelvårdsplats kan vara aktuell när den enskilde har omfattande omvårdnadsbehov under hela dygnet. Insatsen kan bli aktuell när den enskilde har insatser i hemmet, men där anhöriga ändå behöver återkommande avlastning som inte kan tillgodoses genom exempelvis avlösning i hemmet eller dagverksamhet.

På korttids- och växelvårdsplatser finns undersköterskor på plats dygnet runt. Verksamheten omfattas av det kommunala primärvårdsansvaret, vilket innebär att legitimerad sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast också ansvarar för insatser utifrån den enskildes behov.

Personer som vistas på korttidsplats eller på plats för växelvård behåller sin ordinarie husläkare. Läkarorganisationen som ansvarar för läkarinsatser på kommunens särskilda boenden för äldre gör en medicinsk bedömning av ny patient. För växelvårdspatienter görs denna bedömning enbart i samband med första växelvårdstillfället eller om patientens hälsotillstånd väsentligt har förändrats under tiden i eget boende och behöver hanteras under kommunal växelvårdsvistelse. För patienter på korttidsplats görs insatser som är medicinskt motiverade att påbörja under vistelsetiden. För de beskrivna insatserna har läkarorganisationen ansvaret tillsammans med husläkaren där patienten är listad.

Korttidsenheten har många kontaktytor med övriga aktörer i vårdkedjan och samverkan med andra aktörer i vårdkedjan är central.

Var i vårdkedjan?

Måttlig fas till svår fas.

2.8.13 Sigtuna kommun - Särskilt boende för äldre

När den enskildes behov av vård och omsorg inte längre kan tillgodoses i det egna hemmet kan särskilt boende (SÄBO), bli aktuellt efter biståndsbedömning. SÄBO erbjuder vård och omsorg dygnet runt till livets slut för personer med somatiska sjukdomar eller kognitiv sjukdom/demens. Vården utgår från ett personcentrerat arbetssätt, där individens levnadsberättelse, vanor och önskemål ligger till grund för omsorgen.

SÄBO omfattas av det kommunala primärvårdsansvaret, vilket innebär att insatser ges av legitimerad sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast. Omvårdnadspersonal ger stöd och hjälp i det dagliga livet.

För personer med kognitiv sjukdom finns enheter med inriktning kognitiva sjukdomar/demens, där arbetar personal med fördjupad kompetens. Kommunens särskilda boenden med inriktning kognitiv sjukdom/demens är Silvia-certifierade, vilket innebär att all personal har utbildning i demensvård vid Silviahemmet. För att skapa en trygg och individanpassad vårdmiljö används verktyg som BPSD-registret, Senior Alert, bemötandeplaner och den enskilde har en fast omsorgskontakt.

BPSD-registret är ett webbaserat kvalitetsregister och bygger på Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för en god och säker vård vid kognitiv sjukdom/demens.

SÄBO erbjuder palliativ vård, där personalen arbetar utifrån ett palliativt förhållningssätt. Alla enheter registrerar i svenska palliativregistret för att säkerställa kvalitet och utveckling inom den palliativa vården.

Var i vårdkedjan?

Måttlig fas till livets slut.

2.8.14 Sigtuna kommun - Läkarinsatser särskilt boende för äldre

Region Stockholm ansvarar för läkarinsatser på särskilt boende för äldre. Uppdraget utgörs av första linjens hälso- och sjukvård, vilket motsvarar insatserna vid basal hemsjukvård, dygnet runt årets alla dagar. I uppdraget ingår omhändertagande och vård av patienter i livets slut. Vid behov kan läkare på SÄBO konsultera den kognitiva mottagningen.

Var i vårdkedjan?

Måttlig fas till livets slut.

2.8.15 Sigtuna kommun - Kommunal primärvård

Det kommunala primärvårdsansvaret omfattar särskilda boendeformer, korttidsplats, växelvård, dagverksamhet och daglig verksamhet. Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå upp till och med nivån för den legitimerade sjuksköterskans, legitimerade arbetsterapeutens och legitimerade fysioterapeutens/sjukgymnastens yrkesansvar. För verksamheter inom Sigtuna kommuns egen regi ansvarar hälso- och sjukvårdsorganisation för hälso- och sjukvårdsinsatser. För upphandlade enheter ansvarar respektive utförare för motsvarande hälso- och sjukvård.

Sjuksköterskan ansvarar för kontakten med läkare, bedömer och följer upp hälsotillstånd samt iordningställer och administrerar läkemedel. Arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast ansvarar för bedömning och träning av aktivitets- och funktionsförmåga samt behovsbedömning och förskrivning av hjälpmedel. Hela teamet arbetar tillsammans med den strukturerade arbetsmetod som BPSD registret erbjuder. Detta utgör grunden för personcentrerad vård- och omsorg för personer med kognitiv sjukdom/demens och bidrar till implementering av

Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Målsättningen är att genom multiprofessionella åtgärder öka livskvaliteten för den enskilde.

Var i vårdkedjan?

Måttlig fas till livets slut.

2.8.16 Sigtuna kommun - Avdelningen för kvalitet och utveckling

På avdelningen för kvalitet och utveckling arbetar stödfunktioner så som exempelvis demensvårdsutvecklare, MAS och MAR. Avdelningen har till uppdrag att säkerställa bästa möjliga förutsättningar och erbjuda stöd till kommunens verksamheter. Det övergripande uppdraget är att utveckla, stödja och följa upp.

Var i vårdkedjan?

Före diagnos till livets slut.

2.8.17 Sigtuna kommun - Bostadsanpassningsbidrag

Syftet med bostadsanpassningsbidrag är att personer med funktionsnedsättning ska kunna bo kvar i sin bostad och leva så självständigt som möjligt. Bidraget kan beviljas för nödvändiga anpassningar, till exempel för att kunna ta sig in och ut ur bostaden, röra sig mellan rum samt använda badrum och kök. En förutsättning är att behovet av anpassning är varaktigt

Var i vårdkedjan?

Före diagnos till svår fas.

2.9 Vårdkedjans utvecklingsområden

Vid uppstart identifierade arbetsgruppen flera utvecklingsområden, som därefter arbetats vidare med. Här redovisas hur långt arbetet kommit. När gemensamma arbetssätt beslutas kan det lokala programmet kompletteras med bilagor för respektive område.

2.10 Samordnad individuell plan, (SIP)

En SIP ska upprättas när den enskilde behöver insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst, och dessa behöver samordnas. Planen tas fram i samråd med den enskilde på initiativ av den enskilde själv, anhöriga, vård eller socialtjänst. Berörda aktörer samordnar insatserna tillsammans med den enskilde utifrån dennes behov.

För att undvika att personer med kognitiv sjukdom/demens hamnar mellan stolarna är det särskilt viktigt att SIP används tidigt. Det är än mer angeläget för personer som bor ensamma eller har svårt att söka eller acceptera stöd.

Vårdkedjan ser att det finns behov av att stärka arbetet med SIP i form av ökad användning, ökad information och förbättrad kvalitet i genomförandet.

Mål: Att skapa förutsättningar för en gemensam och långsiktigt fungerande samverkan kring personer med kognitiv sjukdom eller demens, så att stödet blir samordnat, sammanhängande och anpassat genom hela sjukdomsförloppet

2.11 Informationsöverföring

För att sprida information till den enskilde och dennes anhöriga/närstående kring kognitiv sjukdom/demens och vilka former av stöd som kan erbjudas har en broschyr tagits fram.

För en sammanhållen vård och omsorg behöver informationsöverföring säkerställas mellan de olika aktörerna. Kontaktuppgifter till växeltelefon och hemsida för respektive aktör kommer att samlas på Sigtuna kommuns hemsida. Respektive aktör har ansvar för att säkerställa att uppgifterna är uppdaterade. Sigtuna kommuns demensvårdutvecklare ansvarar för uppdatering av uppgifterna på hemsidan.

Rutin för tjänstepersoner avseende informationsöverföring ska upprättas där kontaktvägarna mellan aktörerna tydliggörs.

Kommunens korttidsenhet är en enhet med kontaktyta mot många aktörer och kan därför bistå med att sprida information.

Informationsöverföring via NPÖ kan användas liksom Lifecare SP för de aktörer som har tillgång till detta system.

Mål: Att kontaktuppgifter görs tillgängliga för den enskilde, anhöriga/närstående samt för tjänstepersoner på sigtuna.se. Att det lokala programmet och broschyren når målgrupperna.

2.12 Munhälsa

Munhälsan spelar en viktig roll för den fysiska hälsan, det sociala livet och den övergripande livskvaliteten. Hos äldre personer och personer med funktionsnedsättning är det särskilt viktigt att säkerställa en god munhygien och munhälsa. Personer som har omfattande behov av omvårdnad kan behöva hjälp för att upprätthålla kontakten med tandvården. FOU.nu har i samarbete med Folktandvården och två kommuner tagit fram ett material med fyra konkreta och basala åtgärder:

- Uppmärksamma munhälsa hos den enskilde
- Säkerställa att tandvårdsstödet når fram
- Sprida information om munhälsa
- Känna till vem som gör vad

Tre enkla frågor har utvecklats för att identifiera behov av tandvård hos den enskilde. Dessa frågor är ett praktiskt verktyg för vård- och omsorgsverksamheter att uppmärksamma och agera på munhälsoproblem:

1. Har du träffat någon tandläkare under de senaste två åren?
2. Har du besvär från munnen?
3. Är det något du undviker att äta för att det är besvärligt för dig?

Förslag på när dessa frågor kan ställas:

Socialtjänst

- Vid planering och uppföljning av insatser inom hemtjänst
- Vid planering och uppföljning av insatser inom dagverksamhet
- Vid planering och uppföljning av korttids/växelvård

Regional och kommunal primärvård

- Vid inskrivning i hemsjukvården
- Vid utredning av kognitiv sjukdom/demens
- Vid uppföljning av kognitiv sjukdom/demens
- Vid hembesök
- Vid flytt till särskilda boendeformer
- Vid uppstart av växelvård eller korttidsvistelse

Kognitiv mottagning

- Vid utredning av kognitiv sjukdom/demens
- Vid uppföljning av kognitiv sjukdom/demens (FOUs material om munhälsa)

Mål: Att arbetet med att uppmärksamma munhälsa sker i enlighet med FOUs material om munhälsa. Länk till materialet finns under rubriken *Bra länkar.*

2.13 Regional samverkan kring yngre personer med kognitiv sjukdom/demens och deras anhöriga/närstående

Vård och omsorg kring yngre med kognitiv sjukdom bedöms som ett fortsatt viktigt utvecklingsområde. Under hösten 2024 deltog Sigtuna kommuns demensvårdsutvecklare i ett regionalt utvecklingsarbete för att ta fram en gemensam grund för sammanhållen vård och omsorg kring yngre personer. Arbetet var en del av Stockholms läns satsning på God och nära vård och leddes av FOU nu. Arbetet syftade till att underlätta lokal samverkan genom tydliggörande av aktörernas uppdrag och kontaktvägar.

Arbetet utmynnade i två prototyper för hur lokala program kan se ut avseende yngre, dels för personer som har ökad risk för kognitiv sjukdom och bor i LSS-bostad och dels för personer som bor i ordinärt boende med och utan tidigare intellektuell funktionsnedsättning. Prototyperna har under våren 2025 testats i Sigtuna kommun och Järfälla kommun med stöd av FOU nu och bifogas detta

lokala program som bilaga 1 Yngre i ordinärt boende och bilaga 2 Yngre i LSS gruppbostad.

I Sigtuna har de olika målgrupperna lyfts in tydligare i det lokala samverkansprogrammet.

Gällande yngre i särskild boendeform, exempelvis LSS gruppbostad, bör den kognitiva utvecklingen följas hos personer som har ökad risk för kognitiv sjukdom. Tidig upptäckt av förändringar i kognitiva förmågor underlättar utredningen på den kognitiva mottagningen, eftersom det möjliggör en uppföljning av utvecklingen över tid. Detta är ett centralt samverkansområde och utvecklingsområde mellan kommunen och regionen.

Bilaga 1 och 2 har tagits fram av arbetsgruppen i samarbete med kognitiva mottagningen på Karolinska Solna och FOU nu.

Mål: När styrgrupp vårdkedjan har fattat beslut om lokalt samverkansprogram inklusive bilagor ansvarar respektive aktör för att sprida kunskap i sin organisation.

2.14 Samordnat stöd från kommunen för yngre personer med kognitiv sjukdom

Yngre personer med kognitiv sjukdom utgör en liten grupp men har ofta mer komplexa behov och ett snabbare sjukdomsförlopp än äldre. Stödet kan behöva ges från flera olika delar av socialtjänsten, vilket ställer krav på samverkan mellan berörda verksamheter inom vård- och omsorgsförvaltningen och socialförvaltningen.

Då den enskilde ofta befinner sig mitt i arbets- och familjeliv kan även externa aktörer som Försäkringskassan och arbetsgivare behöva involveras. Socialtjänsten har därför behov av en tydlig plan för samverkan.

Mål: Att stödet till yngre med kognitiv sjukdom ses som ett gemensamt ansvar inom hela socialtjänsten, där samverkan och helhetssyn är en förutsättning för att möta den enskildes och familjens behov på ett effektivt och hållbart sätt.

2.15 Uppföljning av utvecklingsområden

Uppföljningar sker i den omfattning som beslutas av Styrgrupp tjänstepersoner Vårdkedjan Sigtuna, samt på vilket sätt det ska ske. Resultat av uppföljningar rapporteras till denna styrgrupp.

2.16 Samverkan vid kognitiv sjukdom hos yngre personer med eller utan tidigare intellektuell funktionsnedsättning i ordinärt boende

Se bilaga 1

2.17 Samverkan kring personer med intellektuell funktionsnedsättning och kognitiv sjukdom i LSS-boende

Se bilaga 2

3 Bra länkar

https://www.founu.se/4a6074/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/fou-nu/dokument/battre-munhalsa-maj-2014.pdf

https://www.regeringen.se/globalassets/regeringen/dokument/socialdepartementet/aldreomsorg/varje-dag-raknas---nationell-demensstrategi-20242028.pdf

Nationella riktlinjer: demenssjukdom - Socialstyrelsen

Varje dag räknas: Nationell demensstrategi 2025-2028
sammanfattning_underlag_nationell_anhorigstrategi.pdf

Ett standardiserat insatsförlopp vid demenssjukdom – en modell för mångprofessionell samverkan

Vårdförlopp kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom | Kunskapsstyrning vård | SKR

Integrera anhörigperspektivet inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten

Nationell anhörigstrategi inom vård och omsorg
Stöd till den som vårdar och hjälper en närstående -

Nationella riktlinjer – Indikatorer – Indikatorer för vård och omsorg vid demenssjukdom

Överenskommelse mellan landstinget och kommunerna i Stockholms län om vård och omsorg för personer med demenssjukdom eller kognitiv svikt och stöd till deras närstående

Dagverksamhet för personer med demenssjukdom

Vägledning för en god munhälsa hos personer med demenssjukdom

Regionalt vårdprogram - Kognitiv sjukdom - Kunskapsstöd för vårdgivare

overenskommelse-mellan-staten-och-sveriges-kommuner-och-regioner-om-god-och-nara-vard-2023.pdf

Handlingsplan för god och nära vård och omsorg i Stockholms län | Storsthlm
battre-munhalsa-maj-2014.pdf

Samordnad individuell plan (SIP) | Storsthlm

Bostadsanpassningsbidrag - Sigtuna kommun

Bilaga 1 - Samverkan vid kognitiv sjukdom hos yngre personer med eller utan tidigare intellektuell funktionsnedsättning i ordinärt boende

När yngre personer insjuknar i kognitiv sjukdom/demens kan symtomen vara svårtolkade och riskera att förväxlas med till exempel stress eller psykisk ohälsa. Det är inte alltid minnet som påverkas först – symtombilden varierar beroende på vilken del av hjärnan som är påverkad. Personer som drabbas i yngre ålder, ofta mitt i livet, har andra förutsättningar och behov än äldre. De kan ha arbete, minderåriga barn och försörjningsansvar. Sjukdomsförloppet är ofta snabbare och den kliniska bilden mer komplex. Därför krävs ett anpassat och samordnat stöd till både den enskilde och de anhöriga.

I Stockholms län finns särskilda kognitiva mottagningar för utredning, behandling och uppföljning av yngre personer med kognitiv sjukdom. För kommuner i norra länsdelen, där Sigtuna ingår, sker detta via Kognitiv mottagning vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna.

Till skillnad från äldre personer, där vårdcentralerna ansvarar för uppföljning efter diagnos, har den kognitiva mottagningen ansvar för både behandling och uppföljning för yngre personer upp till 65 år eller tills eventuell flytt till särskilt boende. För personer med diagnoserna Lewykroppsdemens och frontallobsdemens kvarstår detta ansvar även efter 65 års ålder, fram till livets slut eller särskilt boende.

Vårdcentralens roll för yngre med kognitiv sjukdom skiljer sig därmed från den vid äldre insjuknande. Det huvudsakliga ansvaret blir att hantera andra, samtidiga sjukdomstillstånd. Det är dock viktigt att vårdcentralen uppmärksammar tidiga tecken på misstänkt kognitiv sjukdom och genomför basal utredning, särskilt när symtom först uppträder.

Kommunen ansvarar för att ge sociala stödinsatser till den enskilde och de anhöriga, utifrån behov enligt socialtjänstlagen (SoL) eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Eftersom flera delar av socialtjänsten kan bli involverade krävs god samordning inom kommunen.

Alla aktörer inom vård och omsorg – region, kommun och civilsamhälle – har ett gemensamt ansvar för att insatser ges med ett tydligt anhörigperspektiv. Det innefattar även stöd till barn som är anhöriga.

Slutligen är det avgörande att aktörer samverkar för att säkerställa en sammanhållen och personcentrerad vård och omsorg, i enlighet med de nationella riktlinjerna för vård vid kognitiv sjukdom.

Under 2024–2025 har ett regionalt projekt bedrivits i Stockholms län under namnet **RYK** (**R**egional grund för sammanhållen vård och omsorg kring **Y**ngre personer med **K**ognitiv sjukdom samt stöd till deras anhöriga), med syftet att stärka den lokala samverkan kring personer under 65 år med kognitiv sjukdom. Projektet har tagit fram en gemensam regional grund för en sammanhållen vård- och omsorgskedja, både för personer som bor i ordinärt boende och för dem som bor i bostad enligt LSS.
Sigtuna kommun har deltagit i projektet och prövar nu en förenklad checklista som stöd för att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan berörda aktörer. Checklistan är avsedd att kunna användas som bilaga till lokalt program för sammanhållen vård och omsorg kring personer med kognitiv sjukdom samt stöd till deras anhöriga.

Ansvar för samverkan

Samverkansfrågor som rör yngre med kognitiv sjukdom/demens tas upp i följande forum:
Styrgrupp tjänstepersoner Vårdkedjan Sigtuna i samverkan med Kognitiv mottagning Solna.

Ansvarig för uppdatering av innehåll i denna bilaga är:
Kognitiva mottagningen i Solna i samverkan med demensvårdsutvecklaren i Sigtuna kommun.

Det är viktigt att berörda parter vet hur och vad de kan lyfta gemensamma frågor avseende samverkan kring yngre med kognitiv sjukdom. I Sigtuna sker det vid Vårdkedjemöte dit även Kognitiv mottagning Solna bör bjudas in någon gång per år.

Vid misstanke om kognitiv sjukdom

När en misstanke om kognitiv sjukdom uppstår, har vårdcentralen ansvar för att initiera och genomföra en basal utredning. Inom ramen för denna kan primärvårdsrehabiliteringen bistå med kompletterande tester. För personer som är yrkesverksamma kan vissa delar av testningen behöva individanpassas, och det är inte alltid nödvändigt att genomföra samtliga moment.

Om remiss till Kognitiv mottagning Solna skickas parallellt med remiss till primärvårdsrehabilitering, är det möjligt att etablera kontakt mellan enheterna för att avgöra vilka delar av utredningen som görs av vem, utifrån den enskildes behov och situation.

Vårdcentralen kan vid behov få konsultativt stöd från Kognitiv mottagning Solna, särskilt i ärenden som rör yngre personer med misstänkt kognitiv sjukdom.

För yngre personer med intellektuell funktionsnedsättning som bor i ordinärt boende – särskilt personer med Downs syndrom – är det viktigt att följa den

kognitiva utvecklingen över tid. Regelbunden screening bör övervägas, och detta område har lyfts som ett fortsatt utvecklingsområde inom Region Stockholm.

Om misstanken om kognitiv sjukdom kvarstår efter genomförd basal utredning ska:

- Remiss skickas till Kognitiv mottagning Solna för personer utan specifik funktionsnedsättning.
- Remiss skickas till Kognitiv mottagning Huddinge för personer med Downs syndrom, som har särskild kompetens inom området.

Utredning, diagnos och behandling

Kognitiva mottagningen i Solna utreder, ställer diagnos och svarar för behandling tills patienten når pensionsålder eller flyttar till särskilt boende.
Efter diagnos skickar mottagningen, om den enskilde ger samtycke, ett diagnosintyg till kommunen.
Mottagare av diagnosintyget är: **Biträdande enhetschef myndighet/SoL/LSS.**

Kontakt mellan kognitiva mottagningen och kommunen

Sigtuna kommun har utsett en kontaktperson för Kognitiva mottagningen i Solna och denne är: **Biträdande enhetschef myndighet/SoL/LSS.**

(Denna person/funktion ska underlätta kommunikation/information mellan kognitiva mottagningen och kommunen. Kognitiva mottagningen kallar till info samt tar kontakt vid behov.)

Kommunen har utsett en funktion som deltar i Navigationskurs för anhöriga till nydiagnostiserade. I Sigtuna kommun är denna funktion: **Anhörigkonsulent.**

Kontakt mellan kommunen och den enskilde/ anhöriga

För att **underlätta den enskildes/ anhörigas kontakt med kommunen** finns följande rutin: **Biträdande enhetschef myndighet/SoL/LSS** tar emot diagnosintyg och kontaktar den enskilde och/eller anhöriga för att ge information om kommunens stöd.

Stöd till anhöriga

Alla berörda aktörer har ett gemensamt ansvar för att planering och genomförande av insatser sker med ett tydligt anhörigperspektiv. Stöd till anhöriga kan erbjudas av såväl region, kommun som civilsamhällets organisationer.

För att underlätta tillgången till rätt stöd bör det finnas en uppdaterad och lättillgänglig sammanställning över tillgängliga stödinsatser för anhöriga i olika åldrar. Inom ramen för utvecklingen av RYK ligger ett förslag om att påbörja ett länsgemensamt arbete med att ta fram en sådan sammanställning.

Ansvar för att ta emot och sprida information om tillgängligt anhörigstöd, inklusive det som utvecklas på regional nivå ligger i Sigtuna kommun på: **Anhörigkonsulent.**

Information om kognitiv sjukdom

Den enskilde och anhöriga får **”Min pärm”** (Svenskt demenscentrum) med information, delas ut av Kognitiva mottagningen i Solna.

Bilaga 2 - Samverkan kring personer med intellektuell funktionsnedsättning och kognitiv sjukdom i LSS-boende

Personer med intellektuell funktionsnedsättning har i vissa fall en förhöjd risk att utveckla kognitiv sjukdom, särskilt personer med Downs syndrom. För att möjliggöra en tidig upptäckt och underlätta utredning vid misstanke om kognitiv sjukdom är det av stor betydelse att individens kognitiva funktioner har följts över tid. Denna kontinuerliga kartläggning förutsätter samverkan mellan kommun och region.

I Stockholms län har kommunen hälso- och sjukvårdsansvar upp till och med sjuksköterskenivå för personer som bor i bostad enligt LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade). Det medicinska ansvaret på läkar- och utredningsnivå ligger hos vårdcentralen respektive specialistvården.

Vid misstanke om kognitiv sjukdom hos personer under 66 år ansvarar den kognitiva mottagningen vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna för utredning. För personer med Downs syndrom ansvarar den kognitiva mottagningen vid Karolinska i Huddinge.

För att säkerställa en god och sammanhållen vård och omsorg behöver samverkan ske mellan kommunens verksamheter, vårdcentraler och kognitiva mottagningar, i enlighet med de nationella riktlinjerna för vård vid kognitiv sjukdom.

Under 2024–2025 har ett regionalt projekt bedrivits i Stockholms län under namnet **RYK** (**R**egional grund för sammanhållen vård och omsorg kring **Y**ngre personer med **K**ognitiv sjukdom samt stöd till deras anhöriga), med syftet att stärka den lokala samverkan kring personer under 65 år med kognitiv sjukdom. Projektet har tagit fram en gemensam regional grund för en sammanhållen vård- och omsorgskedja, både för personer som bor i ordinärt boende och för dem som bor i bostad enligt LSS.
Sigtuna kommun har deltagit i projektet och prövar nu en förenklad checklista som stöd för att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan berörda aktörer. Checklistan är avsedd att kunna användas som bilaga till lokalt program för sammanhållen vård och omsorg kring personer med kognitiv sjukdom samt stöd till deras anhöriga.

Ansvar för samverkan

Samverkansfrågor som rör yngre med kognitiv sjukdom tas upp i följande forum:
Styrgrupp tjänstepersoner Vårdkedjan Sigtuna.

Ansvarig för uppdatering av innehåll i denna bilaga är:
Demensvårdsutvecklare i samarbete med Hälso- och sjukvårdsorganisationen i Sigtuna kommun.

Hälsosamma levnadsvanor

Sigtuna kommun bör aktivt verka för att främja hälsosamma levnadsvanor hos personer som bor på LSS-boenden. Detta inkluderar att exempelvis uppmuntra till fysisk aktivitet, näringsriktiga matvanor och god sömn.

Kommunen bör i samverkan med vårdcentraler säkerställa regelbunden uppföljning av hälsoparametrar såsom blodtryck, kolesterol, vikt och blodsocker, i syfte att förebygga ohälsa och upptäcka riskfaktorer i tid.

Regelbunden screening och kartläggning av kognitiv förmåga

Sigtuna kommun använder screeningverktyget **Tidiga tecken** för att kartlägga kognitiv utveckling hos personer med ökad risk för kognitiv sjukdom, exempelvis personer med Downs syndrom.

Rekommendation:

Kartläggning med Tidiga tecken bör påbörjas när individen befinner sig i en stabil fas i vuxenlivet. För personer med Downs syndrom rekommenderas start vid 30 års ålder**.** Verktyget ska användas kontinuerligt över tid för att fånga upp tidiga förändringar i kognitiv funktion.

Ansvarsfördelning:

- **Kommunens hälso- och sjukvårdsenhet (HSO)** ansvarar för att vid teammöten efterfråga screening avseende kognitiv utveckling hos individer med ökad risk för kognitiv sjukdom.
- **Personal på boendet** ansvarar för att årlig screening med Tidiga tecken genomförs.
- **Enhetschef** ansvarar för att säkerställa att berörd personal har rätt utbildning och kompetens för att använda verktyget Tidiga tecken.
- **Alternativt screeningverktyg**: I situationer där symtom på kognitiv sjukdom redan har debuterat och screening med Tidiga tecken inte är genomförbar, används verktyget **ABDQ (Adaptive Behaviour Dementia Questionnaire)**. Detta verktyg ska då användas av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Vid misstanke om kognitiv sjukdom

Vid misstanke om kognitiv sjukdom ansvarar Sigtuna kommuns hälso- och sjukvårdsenhet (HSO) för att stödja boendepersonal, den enskilde, anhöriga och/eller god man. HSO ser till att kontakt tas med ansvarig läkare på vårdcentralen för vidare bedömning.

Läkare på vårdcentralen ansvarar för att initiera en basal utredning vid misstanke om kognitiv sjukdom, oavsett om misstanken väcks av den enskilde, anhörig, god man eller HSO.

Om misstanken kvarstår efter basal utredning remitterar vårdcentralen patienten vidare till specialiserad kognitiv mottagning. Personer med Downs syndrom remitteras till den kognitiva mottagningen i Huddinge, medan övriga patienter hänvisas till den kognitiva mottagningen vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna.

Utredning, diagnos och behandling

Den kognitiva mottagningen i Solna – eller i Huddinge för personer med Downs syndrom – ansvarar för att utreda och ställa diagnos vid misstanke om kognitiv sjukdom. Efter avslutad utredning skickas ett remissvar till den ansvariga läkaren på vårdcentralen.

Om den enskilde samtycker, skickas även ett diagnosintyg till kommunens hälso- och sjukvårdsenhet (HSO) samt till anhörig eller god man. Därefter ansvarar vårdcentralens läkare för medicinsk behandling och fortsatt uppföljning.

Information om kognitiv sjukdom

Kommunens hälso- och sjukvårdsenhet (HSO) ansvarar för att säkerställa att anhöriga och/eller god man får relevant och individanpassad information om kognitiv sjukdom. Information kan även ges av den kognitiva mottagningen i Solna eller Huddinge, men bör i första hand förmedlas i nära samverkan med HSO i Sigtuna kommun för att säkerställa helhetsperspektiv och kontinuitet i stödet till närstående.